

Arbeitsbescheinigung nach § 57 SGB II

Bescheinigung für Herrn/Frau

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherungsnummer: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Bitte beachten Sie:

Diese Bescheinigung ist eine Urkunde, zu deren Ausstellung der Arbeitgeber auf Verlangen des Leistungsträgers nach SGB II verpflichtet ist (§ 57 SGB II). Wer eine Auskunft nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt, handelt ordnungswidrig (§ 63 Abs. 1 Nr. 1 SGB II). Außerdem ist er dem zuständigen Leistungsträger zum Ersatz des daraus entstandenen Schadens verpflichtet (§ 62 SGB II).

Etwas Änderungen oder Ergänzungen bestätigen Sie bitte mit Unterschrift. Eine unvollständig ausgefüllte Arbeitsbescheinigung erfordert Rückfragen oder eine Rückgabe zur Ergänzung. Achten Sie deshalb bitte darauf, dass alle Felder ausgefüllt werden.

1). Allgemeine Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Der Arbeitnehmer war beschäftigt von _____ bis _____

2) Angaben zur Beendigung des Beschäftigungs-/Arbeitsverhältnisses

Angaben sind auch erforderlich, wenn ein befristetes Arbeitsverhältnis vorzeitig beendet wurde.

- Das Arbeitsverhältnis wurde gekündigt/beendet am _____ zum _____ durch
□ den Arbeitgeber □ den Arbeitnehmer □ durch Aufhebungsvertrag
 innerhalb der Probezeit Kündigungsfrist lt. Arbeitsvertrag _____

KÜNDIGUNGSGRUND immer angeben (auch in der Probezeit):

wenn durch Arbeitgeber:

vertragswidriges Verhalten des Arbeitsnehmers war Anlass ja nein

(Bitte ggf. das vertragswidrige Verhalten kurz schildern – ggf. unter Ziffer 4) fortsetzen)

wenn ja: Der Arbeitnehmer war wegen desselben Verhaltens bereits abgemahnt worden.

- ja nein

3) Wurde im Zusammenhang mit der Beendigung des Arbeits-/Beschäftigungsverhältnisses eine Abfindung, Entschädigung oder ähnliche Leistung gezahlt oder besteht hierauf noch Anspruch?

- ja nein ist ungewiss

wenn ungewiss: Grund: _____

wenn ja: Höhe der Brutto-/Nettoleistung: _____

4) Sonstige Hinweise des Arbeitgebers:

Es handelt sich um eine

- geringfügige Tätigkeit Tätigkeit innerhalb der Gleitzone (450,01 Euro- 850,00 Euro)
 versicherungspflichtige Tätigkeit

beschäftigt als _____

im Folgemonat

Stundenanzahl _____ wöchentlich / _____ monatlich **Stundenlohn** _____ €
Lohnsteuerklasse

Verteilung der Arbeitszeiten (Tage/Stunden):

zuständige Krankenkasse: _____

Beiträge zur Arbeitslosenversicherung wurden abgeführt: ja

nein

Branche:

Tarifvertrag:

Tarifzugehörigkeit: ja nein

**Bitte
alle Felder
ausfüllen**

6) Ansprechpartner, Firmenstempel, Unterschrift (für evtl. Rückfragen)
Ansprechpartner/in ist Frau/Herr _____ Telefondurchwahl: _____

Name und Anschrift (Firmenstempel) _____ Datum/Unterschrift des Arbeitgebers _____